

# 全国がん登録 演習問題

～ よくある間違いを理解して、  
正確な登録を目指しましょう ～

埼玉県保健医療部  
疾病対策課がん対策担当



# 全国がん登録 演習問題 目次

問題 番号	症 例 内 容
1	氏名と住所に変更があった場合の届出
2	両側に原発のがんがある肺がんの届出
3	他施設治療後に緩和ケアを行った場合の届出
4	自施設で経過観察を開始した場合の届出
5	臨床検査で診断した場合の組織型の設定
6	他施設診断症例の診断日の設定
7	上皮内がんの性状コードと進展度の設定
8	紹介先からの診療情報提供書に治療内容の記載があった場合の届出
9	自施設で治療を行っていない場合の進展度と治療内容の設定
10	紹介先の医療機関から患者死亡の情報提供があった場合の届出



## 【演習問題 1】

診療録を基に2024年10月に全国がん登録の作成を行った。  
下記の届出には間違いがあります。正しい届出に修正してください。

### 診療録

診療録番号 16778  
氏名 埼玉花子→  
浦和花子に変更  
性別 女性  
生年月日 1999年10月11日  
住所 川越市池辺880番地→  
さいたま市大宮区高鼻町  
4丁目9番に変更  
初診日 2024年1月16日  
診断日 2024年3月10日  
事務連絡 本人より2024年9月  
に改姓と転居の申し出あり

### 届出票

②診療録番号	16778	(全半角16文字)		
③カナ氏名	シ ウラワ	(全角カナ10文字)	メイ ハナコ	(全角カナ10文字)
④氏名	氏 浦和	(全角10文字)	名 花子	(全角10文字)
⑤性別	<input type="checkbox"/> 1.男性 <input checked="" type="checkbox"/> 2.女性			
⑥生年月日	<input checked="" type="checkbox"/> 0.西暦 <input type="checkbox"/> 1.明 <input type="checkbox"/> 2.大 <input type="checkbox"/> 3.昭 <input type="checkbox"/> 4.平 <input type="checkbox"/> 5.令 1999 年 10 月 11 日			
⑦診断時住所	都道府県選択	埼玉県	(全半角40文字)	
	市区町村以下	さいたま市大宮区高鼻町4丁目9番		
備考				

改姓・転居して  
いるから

③④氏名：  
最新氏名  
⑦住所：  
最新住所

を選択しよう



## 【演習問題 2】

健康診断で肺がんを疑われ、自施設で検査を実施したところ、右肺上葉と左肺上葉ともに原発の腺癌と診断された。

下記の届出には間違いがあります。正しい届出に修正してください。

腫瘍の種類	⑧側性	<input type="checkbox"/> 1.右 <input type="checkbox"/> 2.左 <input checked="" type="checkbox"/> 3.両側 <input type="checkbox"/> 7.側性なし <input type="checkbox"/> 9.不明	
	⑨原発部位	大分類	肺・気管
		詳細分類	上葉、肺
	⑩病理診断	組織型・性状	腺癌 (AISを含む)
備考	左肺の上葉にも腺癌の診断あり。 右肺がんの転移ではない。  (全半角128文字)		

右左、両方にがんがあるから、

⑧側性：両側  
⑨原発部位：肺上葉

を選択しよう



## 【演習問題 3】

他施設で診断され、初回治療後に自施設で緩和ケアを実施した。  
下記の届出には間違いがあります。正しい届出に修正してください。

診断情報	⑪診断施設	<input type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 他施設診断	
	⑫治療施設	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で初回治療をせず、他施設に紹介またはその後の経過不明 <input type="checkbox"/> 2. 自施設で初回治療を開始 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 他施設で初回治療を開始後に、自施設に受診して初回治療を継続 <input type="checkbox"/> 4. 他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診 <input type="checkbox"/> 8. その他	
	⑬診断根拠	<input type="checkbox"/> 1. 原発巣の組織診 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 転移巣の組織診 <input type="checkbox"/> 3. 細胞診 <input type="checkbox"/> 4. 部位特異的腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 5. 臨床検査 <input type="checkbox"/> 6. 臨床診断 <input type="checkbox"/> 9. 不明	
初回治療	観血的治療	⑱外科的	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		⑲鏡視下	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		⑳内視鏡的	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
	㉑観血的治療の範囲	<input type="checkbox"/> 1. 腫瘍遺残なし <input type="checkbox"/> 4. 腫瘍遺残あり <input checked="" type="checkbox"/> 6. 観血的治療なし <input type="checkbox"/> 9. 不明	
	その他治療	㉒放射線療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		㉓化学療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		㉔内分泌療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		㉕その他治療	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
⑳死亡日	<input type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日		
備考	緩和ケアを2024.5.10より開始した。		

緩和ケアは初回治療に含まれるから、

⑫治療施設：  
3.初回治療継続

㉕その他の治療：  
1.自施設で施行  
備考欄に治療内容

を選択しよう



## 【演習問題 4】

自施設で「がん」と診断し、経過観察を開始した。

下記の届出には間違いがあります。正しい届出に修正してください。

診断情報	⑪診断施設	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input type="checkbox"/> 2. 他施設診断
	⑫治療施設	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で初回治療をせず、他施設に紹介またはその後の経過不明 <input type="checkbox"/> 2. 自施設で初回治療を開始 <input type="checkbox"/> 3. 他施設で初回治療を開始後に、自施設に受診して初回治療を継続 <input type="checkbox"/> 4. 他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診 <input checked="" type="checkbox"/> 8. その他

初回治療	観血的治療	⑬外科的	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		⑭鏡視下	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		⑮内視鏡的	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
	⑯観血的治療の範囲		<input type="checkbox"/> 1. 腫瘍遺残なし <input type="checkbox"/> 4. 腫瘍遺残あり <input checked="" type="checkbox"/> 6. 観血的治療なし <input type="checkbox"/> 9. 不明
	その他治療	⑰放射線療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		⑱化学療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		⑲内分泌療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
⑳その他治療		<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明	

診断施設は自施設だけど、治療施設は1～4のどれになるか分からない

⑪診断施設: 1 自施設診断

⑫治療施設: 8 その他

を選択しよう



## 【演習問題 5】

自施設で胸部CT検査により肺癌と判断。生検は行っていないが、画像所見より右肺中葉の腺癌を強く疑うと診断され、治療のため他施設に紹介した。

下記の届出には間違いがあります。正しい届出に修正してください。

腫瘍の種類	⑧側性	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input type="checkbox"/> 3. 両側 <input type="checkbox"/> 7. 側性なし <input type="checkbox"/> 9. 不明	
	⑨原発部位	大分類	肺・気管
		詳細分類	中葉、肺
⑩病理診断	組織型・性状	腺癌 (AISを含む)	8140/3
診断情報	⑪診断施設	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input type="checkbox"/> 2. 他施設診断	
	⑫治療施設	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設で初回治療をせず、他施設に紹介またはその後の経過不明 <input type="checkbox"/> 2. 自施設で初回治療を開始 <input type="checkbox"/> 3. 他施設で初回治療を開始後に、自施設に受診して初回治療を継続 <input type="checkbox"/> 4. 他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診 <input type="checkbox"/> 8. その他	
	⑬診断根拠	<input type="checkbox"/> 1. 原発巣の組織診 <input type="checkbox"/> 2. 転移巣の組織診 <input type="checkbox"/> 3. 細胞診 <input type="checkbox"/> 4. 部位特異的腫瘍マーカー <input checked="" type="checkbox"/> 5. 臨床検査 <input type="checkbox"/> 6. 臨床診断 <input type="checkbox"/> 9. 不明	

備考		(全半角128文字)
----	--	------------

CT検査で腺癌を強く疑うと診断されたので

- ⑩病理診断: 腺癌
- ⑬診断根拠: 5臨床検査

を選択しよう



## 【演習問題 6】

2024年5月15日に緩和ケアのため自施設を紹介受診、前医からの診療情報提供書を基に届出を作成した。

下記の届出には間違いがあります。正しい届出に修正してください。

### 診療情報提供書

患者氏名 登録 彩子  
生年月日 1955/1/1  
病名 食道扁平上皮癌

2023年12月より、食事中の嚥下困難、胸の痛み等がひどくなったため受診。当院で2024年3月4日の生検等にて食道がんのステージⅢと診断。治療については、本人の希望により、緩和ケアとなり、当院で1か月ほど行ったが、近医である貴院を希望されたため紹介いたします。  
よろしく願いいたします。

診断情報	⑪ 診断施設	<input type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 他施設診断
	⑫ 治療施設	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で初回治療をせず、他施設で紹介またはその後の経過不明 <input type="checkbox"/> 2. 自施設で初回治療を開始 <input type="checkbox"/> 3. 他施設で初回治療を開始後に、自施設を受診して初回治療を継続 <input checked="" type="checkbox"/> 4. 他施設で初回治療を終了後に、自施設を受診 <input type="checkbox"/> 8. その他
	⑬ 診断根拠	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 原発巣の組織診 <input type="checkbox"/> 2. 転移巣の組織診 <input type="checkbox"/> 3. 細胞診 <input type="checkbox"/> 4. 部位特異的腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 5. 臨床検査 <input type="checkbox"/> 6. 臨床診断 <input type="checkbox"/> 9. 不明
	⑭ 診断日	<input checked="" type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 2024 年 3 月 4 日

診療情報提供書に  
検査日が明記され  
ているから

⑭ 診断日：  
生検実施日

を入力しよう



## 【演習問題 7】

自施設で他疾患の経過観察中、上行結腸にポリープを発見し大腸がんと診断、2024年1月10日にポリペクトミーを行い上皮内管状腺癌と診断された。

下記の届出には間違いがあります。正しい届出に修正してください。

2024年1月10日：上行結腸の内視鏡生検を実施 病理診断：上皮内管状腺癌

腫瘍の種類	⑧側性	<input type="checkbox"/> 1. 右 <input type="checkbox"/> 2. 左 <input type="checkbox"/> 3. 両側 <input checked="" type="checkbox"/> 7. 側性なし <input type="checkbox"/> 9. 不明	
	⑨原発部位	大分類	盲腸・結腸、直腸、肛門
		詳細分類	上行結腸 C18.2
⑩病理診断	組織型・性状	管状腺癌	8211/3
診断情報	⑪診断施設	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input type="checkbox"/> 2. 他施設診断	
	⑫治療施設	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設で初回治療をせず、他施設に紹介またはその後の経過不明	
		<input type="checkbox"/> 2. 自施設で初回治療を開始	
		<input type="checkbox"/> 3. 他施設で初回治療を開始後に、自施設に受診して初回治療を継続	
		<input type="checkbox"/> 4. 他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診	
⑬診断根拠	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 原発巣の組織診 <input type="checkbox"/> 2. 転移巣の組織診 <input type="checkbox"/> 3. 細胞診 <input type="checkbox"/> 4. 部位特異的腫瘍マーカー <input type="checkbox"/> 5. 臨床検査 <input type="checkbox"/> 6. 臨床診断 <input type="checkbox"/> 9. 不明		
⑭診断日	<input checked="" type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 2024 年 1 月 10 日		
⑮発見経緯	<input type="checkbox"/> 1. がん検診・健康診断・人間ドックでの発見例 <input checked="" type="checkbox"/> 3. 他疾患の経過観察中の偶然発見 <input type="checkbox"/> 4. 剖検発見 <input type="checkbox"/> 8. その他 <input type="checkbox"/> 9. 不明		
進行	⑯進展度・治療前	<input checked="" type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input type="checkbox"/> 410. 限局 <input type="checkbox"/> 420. 領域リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤 <input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明	
備考		(全半角128文字)	

【上皮内管状腺癌】の結果が出ている

⑩病理診断：管状腺癌

⑯進展度・治療前：上皮内

を選択しよう



## 【演習問題 8】

自施設で「がん」と診断し他施設へ紹介、その後、紹介先からの診療情報提供書を基に届出を作成した。

下記の届出には間違いがあります。正しい届出に修正してください。

### 診療情報提供書

患者氏名 登録 太郎  
生年月日 1978/10/3  
病名 肺がん

貴院から、紹介のあった上記患者さんの治療およびその後の治療方針について報告いたします。

2024年10月10日に右肺上葉切除＋リンパ節郭清を行い、病理検査にて扁平上皮癌と診断されました。

診断情報	⑪診断施設	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input type="checkbox"/> 2. 他施設診断	
	⑫治療施設	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設で初回治療をせず、他施設に紹介またはその後の経過不明 <input type="checkbox"/> 2. 自施設で初回治療を開始 <input type="checkbox"/> 3. 他施設で初回治療を開始後に、自施設に受診して初回治療を継続 <input type="checkbox"/> 4. 他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診 <input type="checkbox"/> 8. その他	
行	⑰進展度・術後病理学的	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input type="checkbox"/> 410. 限局 <input type="checkbox"/> 420. 領域リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤 <input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移 <input type="checkbox"/> 660. 手術なし・術前治療後 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input checked="" type="checkbox"/> 499. 不明	
初回治療	観血的治療	⑱外科的	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		⑲鏡視下	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		⑲内視鏡的	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
	その他治療	⑳観血的治療の範囲	<input type="checkbox"/> 1. 腫瘍遺残なし <input type="checkbox"/> 4. 腫瘍遺残あり <input type="checkbox"/> 6. 観血的治療なし <input checked="" type="checkbox"/> 9. 不明
		㉑放射線療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		㉒化学療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
	㉓内分泌療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明	
	㉔その他治療	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明	

紹介先の病院では肺葉切除を行っている。術後進展度や遺残については記載されていないから

- ⑰進展度術後:不明
- ⑱外科的:1施行
- ㉑治療範囲:9不明

を選択しよう



## 【演習問題 9】

自施設で「がん」と診断し、本人の希望で緩和ケアを行った。  
下記の届出には間違いがあります。正しい届出に修正してください。

診断情報	⑪診断施設	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input type="checkbox"/> 2. 他施設診断	
	⑫治療施設	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で初回治療をせず、他施設に紹介またはその後の経過不明 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で初回治療を開始 <input type="checkbox"/> 3. 他施設で初回治療を開始後に、自施設に受診して初回治療を継続 <input type="checkbox"/> 4. 他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診 <input type="checkbox"/> 8. その他	
進行度	⑬進展度・治療前	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input type="checkbox"/> 410. 限局 <input type="checkbox"/> 420. 領域リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤 <input checked="" type="checkbox"/> 440. 遠隔転移 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input type="checkbox"/> 499. 不明	
	⑭進展度・術後病理学的	<input type="checkbox"/> 400. 上皮内 <input type="checkbox"/> 410. 限局 <input type="checkbox"/> 420. 領域リンパ節転移 <input type="checkbox"/> 430. 隣接臓器浸潤 <input type="checkbox"/> 440. 遠隔転移 <input type="checkbox"/> 660. 手術なし・術前治療後 <input type="checkbox"/> 777. 該当せず <input checked="" type="checkbox"/> 499. 不明	
初回治療	観血的治療	⑮外科的	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		⑯鏡視下	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		⑰内視鏡的	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		⑱観血的治療の範囲	<input type="checkbox"/> 1. 腫瘍遺残なし <input checked="" type="checkbox"/> 4. 腫瘍遺残あり <input type="checkbox"/> 6. 観血的治療なし <input type="checkbox"/> 9. 不明
	その他治療	⑲放射線療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		⑳化学療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
		㉑内分泌療法	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明
	㉒その他治療	<input type="checkbox"/> 1. 自施設で施行 <input checked="" type="checkbox"/> 2. 自施設で施行なし <input type="checkbox"/> 9. 施行の有無不明	

緩和ケアのみだから初回治療の実施はなしだけど、術後の進展度はわからないから

⑮～㉑初回治療：  
2施行なし  
⑰進展度術後：  
499.不明

を選択しよう



## 【演習問題 10】

他施設から、自施設で診断し紹介した患者が死亡したとの情報提供があった。  
下記の届出には間違いがあります。正しい届出に修正してください。

### 診療情報提供書

患者氏名 彩野 国子  
生年月日 1958年8月3日  
病名 乳癌

貴院から、紹介のあった上記患者さんにおかれましては、2024年10月に脳転移を発症し、12月29日に永眠されましたことを報告いたします。

診断情報	①診断施設	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設診断 <input type="checkbox"/> 2. 他施設診断
	②治療施設	<input checked="" type="checkbox"/> 1. 自施設で初回治療をせず、他施設に紹介またはその後の経過不明 <input type="checkbox"/> 2. 自施設で初回治療を開始 <input type="checkbox"/> 3. 他施設で初回治療を開始後に、自施設に受診して初回治療を継続 <input type="checkbox"/> 4. 他施設で初回治療を終了後に、自施設に受診 <input type="checkbox"/> 8. その他
②⑥死亡日		<input checked="" type="checkbox"/> 0. 西暦 <input type="checkbox"/> 4. 平 <input type="checkbox"/> 5. 令 2024 年 12 月 29 日
備考		

他施設から死亡日の情報提供があったので  
②⑥死亡日: 提供された死亡日  
を入力しよう

